



## Amélioration des pratiques autour du dispositif d'annonce en cancérologie – EVADA 2 Partages d'expériences Synthèse du Jeudi 28 mai 2015

Nombre de personnes présentes : 37 (liste en dernière page).

### A. Bilan du projet régional EVADA 2

**Voir diaporama « 0-EVADA2 Bilan-28mai2015.pdf ».**

Projet réalisé sur 12 mois, 20 établissements volontaires, 130 professionnels impliqués, 3 étapes :

- Auto-évaluation : 23 audits organisationnels réalisés, 829 dossiers-patients audités et 201 patients ayant répondu au questionnaire de perception. 13 plans d'actions d'amélioration élaborés.
- Journée de formation du 4/12/2014 : 15 établissements représentés, 34 participants.
- Journée de partage d'expérience du 28/05/2015 : 14 établissements représentés, 31 participants.

Un questionnaire de satisfaction du projet EVADA 2 sera envoyé à chaque personne membre des équipes projet. Merci par avance de vos avis qui permettront au RCA et au CCECQA de définir les axes de progrès comme les points forts en vue des prochains projets.

Questions des participants :

Si un établissement souhaite réaliser cette évaluation ultérieurement, y-aura-t-il des rencontres organisées comme les journées de formation ou de partage d'expérience ?

Le kit d'auto-évaluation est disponible pour tous les établissements de santé, il contient tous les outils nécessaires et permet d'obtenir un rapport des résultats *via* la plateforme eForap. Il est utilisable à tout moment.

Des journées de rencontres sont envisageables si plusieurs établissements en font la demande (dans des temps rapprochés). Le CCECQA et le RCA étudieront les possibilités d'organisation au préalable.

### B. Préambule : Points de vue d'un 3C sur les évolutions entre EVADA 1 et 2

**Voir diaporama « 1-3C-Landes-28mai2015.pdf ».**

Globalement la démarche est considérée comme positive, car elle est l'occasion de créer du lien entre 3C et personnels des établissements de santé. Les médecins n'ont pas participé à l'évaluation mais ont été présents lors des rencontres préalables et lors des retours des résultats.

Pour EVADA 2, le 3C a volontairement réduit le nombre d'actions d'amélioration afin de pouvoir les mettre en place correctement. Il a noté l'importance du suivi des actions et a décidé de réunir l'équipe



Réseau de Cancérologie d'Aquitaine



projet tous les 3 mois pour suivre la réalisation du plan d'actions. Il a noté également l'importance de faire adhérer au projet et à ses actions, tous les membres de l'équipe projet, notamment les médecins.

### C. Expérience CH Mont de Marsan – thème : formalisation du DA

#### **Voir diaporama « 2-CH-Mont-Marsan-28mai2015.pdf ».**

Il y a eu une nette amélioration de la traçabilité du dispositif d'annonce (DA) entre EVADA 1 et 2. Les actions d'amélioration lors d'EVADA 2 ont porté sur l'homogénéisation du recueil des données au niveau du temps d'accompagnement soignant (TAS) et sur la traçabilité du DA dans le courrier au médecin traitant. Ainsi, pour les soignants, le formulaire informatique existant a été amélioré, une réunion d'information avec lecture commentée a été réalisée et l'envoi du formulaire aux médecins traitants a été automatisé. Les médecins traitants et les IDE libérales ont été sensibilisés à la messagerie sécurisée. Pour les médecins, une lettre type a été élaborée et informatisée. Il est prévu d'évaluer son utilisation en novembre 2015. L'informatisation des documents et la structuration des données dans ces documents permettent ainsi au CH de Mont de Marsan de mieux valoriser le travail des équipes dans le cadre d'audits et du tableau de bord 3C, par extraction des données par le Département d'Information Médicale.

Par ailleurs, le service d'oncologie prévoit de proposer systématiquement le TAS aux patients recevant une chimiothérapie orale mais ce travail nécessite une réorganisation du dispositif. Un travail de réflexion s'avère nécessaire pour améliorer le DA en transversalité (recensement des besoins dans chaque service, augmentation des compétences et meilleure couverture horaire).

Concernant les outils EVADA 2, une demande d'amélioration de la grille de recueil sur dossier-patient est faite : tracer le refus du patient de venir au TAS.

Des questions sur la messagerie sécurisée amènent Fabrice Laborde (chef de projet informatique RCA) à décrire ce système. La messagerie sécurisée est spécialement faite pour les données de santé des patients et permet des échanges sécurisés des données (pas d'usurpation d'adresse mail, etc.). Une messagerie sécurisée nationale (mssante.fr) opérée par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés en santé (ASIP Santé) a été créée récemment. TéléSanté Aquitaine (TSA) propose par ailleurs une messagerie sécurisée régionale. Une mise à jour de cette dernière est prévue les 9 et 10 juin, avec une simplification de la connexion et une mise en compatibilité avec la messagerie sécurisée nationale. Une circulaire reçue par tous les établissements de santé incite à la mise à jour des messageries internes afin de les rendre compatibles avec le système national de messagerie sécurisée (objectif fin 2015). L'inscription à cette messagerie sécurisée nationale est possible pour tous les porteurs de carte CPS sur le site mssante.fr, et d'autres moyens seront étudiés pour les personnels éligibles aux cartes CPA et CPE *via* la solution opérée par TéléSanté Aquitaine. Toutes les messageries une fois compatibles mssante sont compatibles entre elles.

Le RCA précise que des informations sont présentes sur le site [www.canceraquitaine.org/MSSante](http://www.canceraquitaine.org/MSSante) qui sera mis à jour courant juin afin de mieux informer sur la messagerie à choisir.

Enfin, il est remarqué qu'un plan d'action doit être bien structuré (objectif, moyens, acteurs, délais, etc.) afin que sa réalisation puisse être efficace. Le document type existant a été amélioré par le CCECQA, le fichier électronique sera mis à disposition *via* les sites Internet du CCECQA et du RCA.

Une étude du CCECQA a montré que 3 actions étaient un seuil raisonnable pour que le plan soit bien appliqué.



#### D. Expérience Institut Bergonié – thème : informatisation du PPS

##### **Voir diaporama « 3-Bergonie-28mai2015.pdf ».**

L'Institut Bergonié n'avait pas réalisé EVADA 1. En 2013, l'établissement avait pour objectif de mettre en place un accès au TAS dans les différents lieux de prise en charge et d'inscrire le TAS comme faisant partie intégrante des pratiques de tout soignant. Ainsi plus de 90 soignants ont été formés au TAS. Le projet EVADA 2 a été un moyen de faire un état des lieux de l'accès au DA dans l'établissement. Les résultats de l'évaluation sont présentés. Les actions d'amélioration ont porté sur l'accès au TAS et sur le PPS. Le travail sur le PPS a consisté à recueillir les demandes et attentes de tous les professionnels de santé des 12 « groupes d'organes » existants dans l'établissement. Il est apparu la nécessité de créer un PPS par « groupe d'organes », voir par organe. Ces PPS sont tout d'abord expérimentés en version papier. Certains médecins commencent à scanner les PPS remplis et à les intégrer au dossier informatique, avant de le remettre au patient.

Questions des participants :

- Comment fait l'IDE TAS pour réaliser des TAS dans 12 services différents ? Si l'on est IDE dans un service, comment être opérationnel pour faire du TAS sur d'autres types de pathologies que l'on connaît probablement moins bien ? Les réponses évoquées ont été : avoir une expérience dans chaque pathologie, se rapprocher des professionnels compétents, les traitements sont parfois ressemblant entre différentes pathologies, les échanges avec le patient aident également.
- Comment orienter des patients, qui échappent au TAS, vers l'assistante sociale ou d'autres besoins ? Tous les professionnels peuvent orienter vers les soins de support, les patients sont orientés au cours de leur prise en charge. Des grilles d'évaluation des besoins en soins de support sont utilisées. Un groupe de travail sur la problématique sociale est actuellement en cours à l'Institut Bergonié.
- Quels sont les relais extérieurs aux établissements possibles pour les accès aux soins de support ? Ligue contre le cancer, CCAS, etc. Nécessité de développer des liens avec les professionnels extérieurs.

A noter : l'INCa a débuté un travail sur le contenu du PPS et du PPAC...

#### E. Expérience du CH Libourne – thème : besoins des patients et coordination ville-hôpital

##### **Voir diaporama « 4-CH-Libourne-28mai2015.pdf ».**

Le 3C présente de façon synthétique l'évolution des résultats entre EVADA 1 et 2.

Les projets d'amélioration suite à EVADA 2 portent sur : la perception et les attentes des médecins généralistes, l'amélioration du suivi des populations fragiles et le repérage des besoins en soins de support. L'équipe présente le questionnaire élaboré pour les médecins généralistes permettant de recueillir leurs attentes vis-à-vis du DA. Les moyens de remise des questionnaires aux médecins généralistes sont discutés : courrier postal et/ou mail et/ou questionnaire en ligne et/ou téléphone ? L'équipe présente également son projet d'étude de repérage des situations complexes *via* une grille de 10 critères. Le concept de pré-TAS est abordé.



## F. Synthèse des actions d'amélioration élaborées

### **Voir diaporama « 5-Synth-actions-amelioration-28mai2015.pdf ».**

Au travers des plans d'actions élaborés par 25 établissements lors d'EVADA 1 et par 13 établissements lors d'EVADA 2, on observe une nette évolution des pratiques et des axes prioritaires de travail. On passe d'actions sur l'organisation globale du DA à des actions plus ciblées, sur le PPS ou les soins de support par exemple. Un nouveau terme est apparu : informatisation. Là aussi on constate une avancée majeure dans la traçabilité, les outils papier ou informatique sont amenés à être intégrés dans les systèmes d'information hospitaliers.

Discussion avec les participants :

Un des résultats de l'auto-évaluation sur dossier-patient mentionne des délais entre les différents temps de prise en charge. Certaines équipes ne se reconnaissent pas dans ces résultats. Le recueil des dates est parfois difficile car il existe par exemple plusieurs consultations d'annonce médicale. Ces résultats seront toutefois laissés dans la grille d'audit EVADA car l'information intéresse d'autres équipes.

## G. Perspectives

### **Voir diaporama « 6-Perspectives.pdf ».**

Le DA dans le Plan cancer 3 : le dispositif doit être proposé à tous les patients mais doit être adapté et renforcé (prise en charge en ville, besoins des populations fragiles, préservation de la fertilité). Calendrier national (INCa, DGOS) : groupe de travail en juin 2016, publication des préconisations nationales en juin 2017, implémentation des nouvelles modalités DA dans le dispositif des critères d'agrément en décembre 2018.

Tout au long de la journée, les participants avaient la possibilité de noter sur des post-its leurs idées / souhaits / besoins en termes d'évaluation dans le domaine plus large de la cancérologie. Les suggestions suivantes ont ainsi été abordées :

- Coordination ville-hôpital : identifier et travailler sur les outils de coordination. Travailler sur la coordination entre acteurs (Médecins traitants, IDE, kinésithérapeutes, EHPAD,...).
- Comment identifier les besoins et attentes des patients ? Focus group.
- Patients ressources.
- Programmes d'éducation thérapeutique.
- DA et sortie de maladie, après cancer.
- Préservation de la fertilité / sexualité.

Concernant EVADA 2 et la poursuite des actions RCA-CCECQA, les points suivants ont été abordés :

- Un questionnaire de satisfaction du projet EVADA 2 sera envoyé à chaque personne membre des équipes projet.
- Exploitation des données des auto-évaluations au niveau régional EVADA 2 : faire la demande par mail aux équipes pour avoir une réponse officielle de tous les établissements concernés.



- Outils d'auto-évaluation : la modification d'items des questionnaires de recueil des données serait-elle possible ? Sur la grille d'audit dossier-patient, ajouter un item afin de savoir si le TAS réalisé était fait sur un temps dédié au DA ou non ; tracer le refus du patient de venir au TAS. Le pack d'auto-évaluation est dans tous les cas toujours disponible sur les sites du RCA et du CCECQA.
- Le document type de rédaction d'un plan d'actions sera mis à disposition *via* les sites Internet du CCECQA et du RCA.
- -Partages d'expérience ponctuels / EVADA 3 / Partage des plans d'actions sur une plateforme : le CCECQA et le RCA pourront réfléchir à la réalisation d'un EVADA 3 selon les demandes qu'ils recevront des établissements. La liste des actions élaborées dans les plans d'amélioration suite à EVADA 2 est disponible dans le diaporama **5-Synth-actions-amelioration-28mai2015.pdf**.
- Reformation du groupe régional d'évaluation des pratiques : Appel à candidature à faire par mail.



## Liste des 37 participants

ALLAM	Valentyne	IDE	Institut Bergonié
AUVITY	Emmanuelle	Psychologue	CI Pasteur Bergerac
BARADJI	Awa	Médecin DIM	CH Mont de Marsan
BAUTE	Julien	Ingénieur qualité	CH Libourne
BECERRO-HALLARD	Maïté	Médecin 3C	3C Landes
BOUSSER	Véronique	Médecin coordonnateur	RCA
BRECHET	Marie-Pierre	Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins	CH Mont de Marsan
BROUSSE	Carine	Assistante sociale	CI Esquirol Calabet Agen
BUREL	Chantal	Directrice Services Soins Infirmiers	Centre Médico-Chirurgical Wallerstein Ares
CASTEL	Martine	IDE	CH Libourne
CIRILO CASSAIGNE	Isabelle	Chargée d'études	RCA
COCON TASTET	Magalie	IDE	HIA Robert Picqué
DERIVE	Sandrine	IDE	CH Pau
DOMECQ	Sandrine	Chargée de projet EPP, statisticienne	CCECQA
DONDA	Dominique	IDE	CH Libourne
DUGUEY-CACHET	Odile	Médecin 3C	3C Institut Bergonié
FILIPPI	Sylvie	Sage-femme	CI Saint Martin Pessac
GUICHANE	Carmen	IDE	CH Mont de Marsan
HANSEN BURNET	Sophie	IDE coordinatrice 3C	3C Dordogne
JACQUINOT	Aude	IDE	CI Arcachon
LABEYRIE	Maryse	Responsable qualité	CI Esquirol Calabet Agen
LABORDE	Fabrice	Chef de projet système d'information	RCA
LAPORTE	Nathalie	Secrétaire 3C	3C Dordogne
LUISES	Katia	IDE	CI Saint Vincent Dax
MARAIS	Françoise	Responsable qualité	Centre Médico-Chirurgical Wallerstein Ares
MEILLON	Marie-Hélène	IDE	Nouvelle CI Bel Air Bordeaux
MERIGNARGUES	Véronique	Manipulatrice radiothérapie	CH Libourne
MESSIKA	Florence	Directrice des soins	CI Saint Vincent Dax
MOLERES	Marie-Hélène	Assistante sociale	CH Mont de Marsan
ORIEROUX	Sophie	Psychologue	CI Saint Martin Pessac
PAREZYS	Emeline	Manipulatrice radiothérapie	CH Libourne
PARTHENAY	Anouck	Chargée de mission éducation thérapeutique	CCECQA
PINON	Elodie	Chargée d'études	RCA
POIRIER	Christelle	IDE	Centre Médico-Chirurgical Wallerstein Ares
SAKWA	Sophie	IDE coordinatrice 3C	3C Landes
TAUZIN	Aurore	Secrétaire 3C	3C Landes
VAN DER MAESEN	Christine	Référente service SSR	CI Pasteur Bergerac

